様式第２号（第６条関係）

年　　月　　日

黒潮町一般不妊治医療機関受診証明書

黒潮町長　様

所在地

医療機関名

主治医氏名　　　　　　　　　　　　　印

下記の者について、必要と認める一般不妊治療等を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受　診　者 | 夫 |  |  |
| 生年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 妻 |  |  |
| 生年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 年度（４月～３月）の治療期間と領収金額 | 　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 一般不妊治療方法等 | □　検査（検査名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　タイミング法□　排卵誘発法□　人工授精（　　　　　回） |
| 妊娠成立の有無 | □有　　　　　□無　　　　　□未確認 |
| 出産の有無 | □有　　　　　□無　　　　　□未確認 |